

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

— ANNÉE 1921 —

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Clément FOUACHE

Né le 10 avril 1893, à Fécamp (Seine-Inférieure)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES INTERNES

A TRAVERS L'HIATUS DE WINSLOW

Président : M. A. GOSSET, *professeur*

A. MALOINE & FILS, Éditeurs

27 - Rue de l'École-de-Médecine - 27

===== PARIS 1921 =====

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie de périmentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur A. GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale
de la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'honneur

Hommage respectueux de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait de bien vouloir présider notre thèse.

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur BRUNON

Monsieur le Professeur JEANNE

Monsieur le Professeur HALIPRÉ

Monsieur le Docteur MAGNIAUX

Monsieur le Docteur LOISEL

Monsieur le Docteur SEYER

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de manifester notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont guidé dans nos études tant à l'hôpital qu'à l'Ecole de médecine.

A M. le professeur Brunon, directeur de l'Ecole de médecine, notre premier maître à l'Hôtel-Dieu, nous adressons notre souvenir le plus respectueux et le plus reconnaissant.

Nous remercions également bien sincèrement M. le professeur Jeanne, chirurgien de l'Hospice général, inspirateur de ce travail pour ses conseils autorisés et les marques de confiance qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant les deux années passées dans son service.

M. le professeur Halipré, MM. les D^{rs} Magniaux, Loisel et Seyer, qui furent également nos maîtres dans les hôpitaux, voudront bien agréer nos bien sincères sentiments de reconnaissance.

Enfin, nous nous faisons un devoir de témoigner notre vive gratitude à M. le professeur François Hue tant pour son précieux enseignement que pour les soins éclairés et dévoués qu'il prodigua à des êtres chers.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HERNIES INTERNES
A TRAVERS L'HIATUS DE WINSLOW

INTRODUCTION

L'occlusion intestinale par hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow est une éventualité tout à fait rare.

Nous n'avons réussi à grouper que 29 observations en dehors de notre observation inédite.

Le premier cas fut publié par Blandin en 1823 et rapporté par Jobert de Lamballe. Puis Rokitansky Carl en 1842, Treitz en 1857 et Wilson Moir en 1867 relatèrent des cas analogues. Mais il s'agissait alors de trouvailles d'autopsie, les auteurs précités appartenant en effet à l'ère pré-antiseptique.

Treves (1888), le premier, présenta un cas d'occlusion par hernie à travers l'hiatus de Winslow, observé au cours d'une laparotomie.

En 1890, parut un mémoire de Jonnesco rapportant 8 observations.

Mais le premier travail constituant une étude d'en-

semble sur le sujet qui nous intéresse est dû à Jeanbrau et Riche, de Montpellier (1906).

Leur mémoire très documenté nous a été d'un précieux secours.

Nous avons repris les 20 observations réunies par ces auteurs, les avons résumées et nous leur avons joint 9 autres observations publiées séparément par différents auteurs et une observation inédite que nous devons à la bienveillance de notre maître, le professeur Jeanne (de Rouen).

Le plan de notre thèse sera le suivant :

Après avoir rappelé les notions de l'anatomie de l'hiatus de Winslow nous passerons en revue les observations. Puis nous entreverrons successivement l'anatomie pathologique, l'étiologie, l'étude clinique, le diagnostic et le traitement, chaque question étant traitée en comparant notre cas à ceux précédemment relatés.

Nous insisterons particulièrement sur le traitement.

En effet, les méthodes préconisées par Jeanbrau et Riche, à savoir, le débridement inter-porto-choledocien ou la réduction par traction après entérotomie de décharge ont soulevé de vives critiques.

Au reste, la conduite du chirurgien doit être subordonnée à l'état du malade, la nature des lésions et le succès toujours aléatoire dépend à la fois de la précocité et de l'exactitude du diagnostic et aussi de la rapidité de l'intervention.

ANATOMIE DE LA RÉGION DE L'HIATUS DE WINSLOW

Suivant la description de Winslow, c'est un « orifice semi-lunaire ou demi-circulaire formé par l'union des deux ligaments membraneux dont l'un attache au foie le commencement du duodénum et le col de la vésicule biliaire; l'autre y attache la partie voisine du côlon et s'étend jusqu'au pancréas ».

Ses dimensions sont difficiles à préciser. Les auteurs disent communément qu'il admet facilement l'index.

Les recherches auxquelles nous nous sommes livré sur une vingtaine de cadavres, nous ont permis de corroborer l'exactitude de cette notion.

Quelque soit le sexe et l'individu nous avons trouvé que ses dimensions étaient toujours sensiblement les mêmes. Il ne nous a pas paru que certains hiatus étaient étroits et les autres larges. Le doigt y entre à l'aise mais ne s'y promène pas.

Nous n'avons pas trouvé d'anomalies. Cet orifice fait communiquer l'arrière cavité des épiploons avec la grande cavité péritonéale.

Il est limité :

En avant, par le bord droit de l'épiploon gastro-hépatique ou petit épiploon, contenant le pédicule hépatique.

En arrière, par la veine cave inférieure.

En bas, par la première portion du duodénum.

En haut, par le prolongement antérieur du lobe de Spiegel.

Au point de vue des rapports de l'hiatus nous insisterons sur la limite antérieure de cet organe car le petit épiploon en raison de sa minceur extrême et de sa laxité joue un grand rôle dans les occlusions par l'hiatus de Winslow.

Nous avons dit que cet orifice était limité en avant par le bord droit du petit épiploon, mais ce ligament est loin d'être homogène.

Le Dr Jeanne (de Rouen) (1) en a décrit trois parties fort différentes d'aspect, de texture et de solidité.

« *En haut*, c'est un repli fibreux qui fixe solidement
« la cardio au diaphragme.

« *A droite*, il forme la gaine du pédicule hépatique
« sous le nom de ligament duodéno-hépatique :
« large d'un travers de pouce, il offre une certaine
« épaisseur et une notable résistance à cause des
« organes qu'il contient, canaux cystique, hépatique,
« cholédoque, veine porte, artère hépatique, lacis
« nerveux très dense péri-artériel, tissu fibro-grais-
« seux.

1. *Le volvulus de l'estomac*, par MM. Tuffier et Jeanne (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, janvier 1912, p. 43).

« *Au milieu*, le petit épiploon est si mince et si
« transparent qu'on doute parfois qu'il existe et qu'il
« se déchire très facilement à l'insu du chirurgien si
« l'on n'y prend garde. Cette fragilité peut expliquer
« que Berg et Niosi aient vu une hernie de l'estomac
« à travers l'épiploon gastro-hépatique ; il n'est pas
« besoin pour cela d'une brèche réelle, d'une anoma-
« lie congénitale puisque la partie moyenne ou pan
« flaccida n'offre pas plus de résistance que si elle
« n'existait pas. »

D'autre part le bord droit du petit épiploon est loin d'être aussi nettement limité que l'indiquent les classiques, il se prolonge souvent avec des formations péritonéales voisines et l'aspect de la région peut s'en trouver modifié.

Quand cette disposition est réalisée l'hiatus de Winslow au lieu d'être un simple orifice faisant communiquer l'arrière cavité des épiploons avec le reste du péritoine, est un véritable couloir. C'est l'entonnoir prévestibulaire décrit également par Ancel et Sencert.

Mais nous ne saurions trop insister sur l'extraordinaire minceur de la pan flaccida. Tous les anatomistes et tous les chirurgiens savent qu'elle est tellement mince et transparente qu'elle laisse voir en détails les organes situés en arrière d'elle notamment le pancréas. C'est au point qu'au cours de sa dissection ou d'une exploration on doute fréquemment qu'on l'ait détruite. La moindre traction détermine des orifices qui s'agrandissent avec une facilité

extrême mais bien mieux elle présente de petites lacunes. Aussi il ne faut pas compter la reconnaître au cours d'une intervention quand l'intestin émergeant de l'arrière cavité vient la refouler et la distendre.

Ce mince ligament se plaque sur lui, fusionne avec lui ou même est quelquefois effondré. De toute façon il est souvent méconnaissable. Bien plus on ne le soupçonne même pas. Le chirurgien ne peut donc compter sur lui comme repère.

Il est utile de rappeler que le bord droit du petit épiploon contient le pédicule hépatique.

La veine porte oblique en haut et à droite occupe le plan postérieur. L'artère hépatique après avoir donné l'artère gastro-épiploïque droite, vient se placer sur la face antérieure de la veine porte. Les canaux cystiques et hépatiques se réunissant pour former le cholédoque se trouvent en avant et à droite de la veine porte mais plutôt à droite qu'en avant.

Wiart a bien montré les rapports du cholédoque et de la veine porte qui en s'écartant déterminent un espace, *l'espace inter-porto-cholédocien* de Jeanbrau et Riche.

Cet espace a la forme d'un triangle à base inférieure. Le sommet en est formé par l'intersection de la veine porte et du canal hépatocholédoque. Le côté gauche est formé par la veine porte oblique en haut et à droite. Le côté droit par le canal hépatocholédoque presque vertical. La base répond au bord supérieur du col du pancréas.

Jeanbrau et Riche estiment que c'est en ce point qu'il faut agir pour élargir l'orifice, c'est par en bas qu'ils le débrident, parce que la base ne contient aucun organe important et ils l'agrandissent dans son diamètre vertical en abaissant le duodénum, sans danger pour les organes si importants de cette petite région.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Ph. Fréd. Blandin, *Traité d'anatomie topographique ou anatomie des régions du corps humain*, 2^e édition, 1834, p. 467.)

« J'ai vu sur un cadavre, à l'hôpital de la Charité, un exemple fort remarquable d'étranglement intérieur par tortillement des parties les unes autour des autres :

« La plus grande partie de l'intestin grêle, après avoir remonté à droite, dans la région épigastrique, s'était introduite par l'hiatus de Winslow dans l'arrière-cavité des épiploons : puis elle était sortie par une ouverture étroite anormalement établie dans le mésocôlon transverse ; cette ouverture exerçait sur l'intestin une constriction forte qui en avait déterminé le sphacèle ».

OBSERVATION II

(Rokitansky Carl, *Handbuch der speciallen. Pathologischen anatomie*. Baud III, *Wien.*, 1842, p. 2189.)

« J'ai vu une fois une grande portion de l'intestin grêle engagée par le trou de Winslow qui la séparait du reste du tube intestinal ».

OBSERVATION III (Résumée)

(Treitz, *Hernia retroperitonealis, Ein Beitrag zur geschichte innerer Hernien*, von E. W. Treitz, Prag., 1857, p. 126, Cas A.)

Cadavre d'une femme de 32 ans.

A l'autopsie deux anses du jéjunum sont situées dans l'hiatus de Winslow dont les bords sont épaissis tendineusement.

Dans une note (1) Treitz ajoute : « J'ai vu quelquefois le gros intestin et en particulier la courbure droite du côlon, ou une anse anormalement agrandie du côlon transverse glisser dans l'hiatus de Winslow. »

OBSERVATION IV

(J. Wilson Moir (d'Edimbourg), cité par Chiene. *Journal of anatomy and Physiology*, 1868, vol 2, p. 218, notes communiquées par le Dr Moir.)

Lors de l'autopsie d'un malade mort d'étranglement interne : à l'ouverture du ventre l'intestin était invisible : une inspection plus attentive, montre qu'il avait passé dans l'arrière cavité péritonéale par l'orifice de Winslow.

OBSERVATION V

(Alpaga novello, *vel n° 38 della Gazzetta medica delle provincie de Venete. Annuario della science médicale dell'anno 1881 anno XII. Redatto dai Dottori Schivardi e Pini, e pubblicato in Milano nell 1882 dalla case Editrice Dott. F. Vollardi.*)

Ce cas est cité par Majoli, dans le travail ci-dessous.

« J'ai trouvé dans l'*Annuaire des sciences médicales*, 1881

1. P. 136.

page 88, la relation d'une autopsie d'un cas d'étranglement mésentérique, publié par le Dr Alpago Novello. Dans cette observation « une anse de l'intestin grêle, en correspondance avec l'hiatus de Winslow, à la suite d'une forte pression exercée sur le ventre du malade avait pénétré dans cet hiatus entraînant avec elle plus de 2 mètres d'une autre anse favorisée par les contractions péristaltiques. »

OBSERVATION VI (Résumée)

(G. Majoli, *Storia di una occlusione lenta dell'intestino, cagionata del passaggio e dalla strazzamento di un'ansa del crasso attraverso il foramen del Winslow : del Dottor Guiseppe Majoli Rivista clinica di Bologna, anno 1884, p. 6056.*)

Etiologie. — Homme, 44 ans, briquetier.

Antécédents personnels. — Habituellement constipé.

Selle tous les deux ou trois jours.

Symptomatologie. — Début brusque, douleurs violentes dans les lombes et dans l'estomac ; arrêt des matières. Tympanisme généralisé, vomissements fécaloïdes. Hoquet. Tuméfaction épigastrique.

Diagnostic clinique. — Tumeur intrapéritonéale, formée par le côlon transverse résultant d'un amas de fèces indurées (coprostase) ou d'une invagination de cette portion d'intestin.

Traitement. — Nombreuses purgations huileuses et lavements au début. Ensuite l'anús artificiel ayant été proposé au malade et refusé par celui-ci, administration de 300 gr. de mercure en trois prises.

Evolution. — Mort seize jours après le début de la crise d'occlusion.

Diagnostique anatomique.—Autopsie vingt-quatre heures après le décès ; le côlon transverse et une portion du grand épiploon avaient pénétré à travers l'hiatus de Winslow. On fut obligé pour dégager ces organes de sectionner la bride mésentérique, les vaisseaux biliaires lymphatiques et sanguins.

Matières fécales en petites quantités dans le côlon ascendant, mais sur toute sa muqueuse et celle du cæcum, globules sphériques innombrables, d'aspect métallique formées par le mercure non évacué.

Les autres portions de l'intestin étaient vides, ischémisées.

OBSERVATION VII

(Elliott Square, *A case of strangulated internal hernia into the foramen of Winslow ; by S. Elliott Square. F. R. C. S. Eng. Plymouth. (The British medical Journal, vol. I, for. 1886, January to June, June 19, 1886, p. 1163.)*

Etiologie. — Homme, vingt-cinq ans, en bonne santé apparente.

Symptomatologie. — Début brusque par douleur vive à l'épigastre, au niveau et au-dessous de l'appendice xyphoïde.

Saillie assez considérable au niveau de l'ombilic, arrêt des matières. Vomissements fécaloïdes.

Diagnostic clinique. — Obstruction intestinale.

Traitement. — Lavements d'eau savonneuse, chloral, morphine.

Evolution. — Mort après trois jours et sept heures de maladie.

Diagnostic anatomique. — Légère péritonite, huit pouces d'iléon à deux pieds environ de l'union de cet organe avec

le cæcum étaient étranglés dans l'hiatus de Winslow et furent retirés avec difficultés.

Cæcum libre et sans méso.

OBSERVATION VIII

(Treves, *Clinical lecture on hernia into the foramen of Winslow* : by Frederick Treves, F. R. C. S. *The Lancet*, 13 oct. 1888, p. 701.)

Étiologie. — Homme, vingt-six ans.

Antécédents personnels. — Robuste, pas de maladies antérieures, pas de troubles dyspeptiques, pas de constipation.

Symptomatologie. — Début brusque après un repas copieux. Sensation de crampe dans la région ombilicale. Douleurs intermittentes. Vomissements persistants, tympanisme généralisé. Tuméfaction épigastrique et matité absolue de toute la région épigastrique. Hypothermie.

Diagnostic clinique. — Obstruction comprenant le côlon.

Traitement. — D'abord (D^r Ambrose) lavements qui sont suivis de selles qui soulagent un peu le malade ; ensuite (D^r Treves et D^r Mackensie ; laparotomie exploratrice huit jours après le début de l'attaque). Après avoir essayé de remonter le cours du côlon descendant on tombe sur un anneau constricteur de la région épigastrique à travers lequel passe l'intestin. Dans les tissus situés en avant de l'anneau, les battements d'une artère, vraisemblablement l'hépatique, furent sentis par l'opérateur.

Réduction facile de deux ou trois pieds, puis impossibilité de réduire une autre anse intestinale qui occupait l'an-

neau et d'agrandir l'orifice à travers lequel passait l'intestin.

Suites. — Mort six heures après la fin de l'intervention.

Diagnostic anatomique. — Autopsie : le cæcum, tout le côlon descendant et une partie du côlon transverse avaient passé à travers l'hiatus de Winslow.

Cæcum situé à l'extrême gauche de la cavité abdominale. Appendice en avant de la petite courbure de l'estomac.

Péritonite en voie de généralisation.

OBSERVATION IX (Résumée)

(Gangolphe, *Hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow*. *Lyon médical*, 1890, vol. LXIV, n° 35, p. 607-612.)

Etiologie. — Homme cinquante-sept ans, charron.

Antécédents personnels. — Robuste. En 1886, entre à l'Hôtel-Dieu pour des accidents d'obstruction intestinale dont il fut guéri par des lavements. Depuis, pas de constipation.

Symptomatologie. — Début brusque, coliques violentes, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Lavements ordinaires et lavement électrique inefficaces. Douleurs maxima dans la région épigastrique.

Diagnostic clinique. — Etranglement interne par nœud diverticulaire ou par bride péritonéale.

Traitement : opération. — Intestin grêle distendu. Pas de brides. Examen complet de tout l'intestin. Résistance en un point, vaincue facilement et apparition d'une anse portant un sillon d'étranglement. Croyant avoir levé l'obstacle on referme la cavité péritonéale.

Suites. — Les accidents d'occlusion persistent. Mort.

Autopsie. — On trouva dans l'arrière cavité des épiploons à travers l'hiatus de Winslow, 1 m. 50 de grêle et des matières fécales.

OBSERVATION X (Résumée)

(Rehn (de Francfort), *Arch. de Langenbeck*, t. XLVIII, 1892, p. 310.)

Étiologie. — Homme, 77 ans.

Symptomatologie. — Début par vomissements et douleurs abdominales. Ventre ballonné, constipation.

Traitement. — Après d'infructueux lavements, laparotomie.

On aperçoit une anse grêle, rougeâtre qui résiste aux tractions, située derrière l'estomac et dans l'hiatus de Winslow.

Réduction difficile. Traces de sillons d'étranglement sur cette anse.

Suites. — Mort deux jours après.

Autopsie. — Intestin encore plein de matières fécales au niveau du sillon d'étranglement.

Mort due à la paralysie intestinale par suite de l'administration d'une trop grande quantité d'opium.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Arthur Neve, *Hernie de l'hiatus de Winslow* ;
laparotomie, guérison. *Lancet*, London, 1892, I, 1175.)

Étiologie. — Homme, 17 ans.

Symptomatologie. — Début par constipation (sept jours)

et crise de vomissements. Abdomen souple et rétracté sauf à la partie inférieure de la région épigastrique où existe une saillie. Cette tumeur diminue après les lavements et se reproduit ensuite.

Traitement. — Laparotomie vingt-huit jours après le début des accidents. La moitié droite du côlon transverse avait pénétré à travers l'hiatus. Impossibilité de réduire. Taxis impossible.

Suites. — Guérison.

OBSERVATION XII (Résumée)

(J. S. Picado, *Revista de la Sociedad Medica*

Argentina, 1893, II, 10-18.)

Etiologie. — Garçon de 8 ans.

Symptomatologie. — Début brusque par violente douleur à l'ombilic. Le sixième jour, voussure à l'épigastre.

Vomissements verts, abdomen tympanique. Tumeur épigastrique mate à la percussion.

Diagnostic clinique. — Occlusion par stagnation des matières fécales.

Traitement. — D'abord médicaux : purgatifs, entéroclyse, puis chirurgical : mort à l'incision péritonéale.

Diagnostic anatomique : Autopsie. — L'hiatus de Winslow avait livré passage à 1 m. 82 de la portion supérieure de l'iléon qui était tordu sur lui-même.

Cæcum tiré en haut, libre dans son méso-côlon ascendant imaginé sur une longueur de 20 centimètres dans le côlon transverse.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(R. Stecchi, *De la clinique chirurgicale du professeur Novaro, de Bologne, La clinica chirurgica, Milano, 1894, II, 653-664.*)

Etiologie. — Homme 63 ans.

Symptomatologie. — Début par douleur dans la région épigastrique. Abdomen ballonné. Arrêt des matières. Vomissements fécaloïdes.

Traitement. — Après lavage d'estomac qui ramène un liquide fécaloïde et une entéroclyse sans résultat. Novaro fait une laparotomie le troisième jour.

En dévidant le grêle on en fait sortir de l'hiatus de Winslow que l'on observe dilaté au point d'admettre la main entière.

Suites. — Mort trois jours après.

Autopsie. — Le grand épiploon adhérent au bord inférieur de l'hiatus de Winslow formait une bride qui comprimait le colon transverse.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(D^r Paul Régnier de Paris.)

Malade arrivé en très mauvais état avec un ventre aplati au niveau de fosses iliaques, ballonné au centre.

Laparotomie. — Hernie de l'intestin grêle dans l'hiatus de Winslow. Intestin gangrené. Libération de cet intestin. Mort dans la journée.

OBSERVATION XV (Résumée)

(G. Mori, chirurgien principal à Brescia, *Gaz. med., Lombarda Milano*, 1898, VII, 257.)

Étiologie. — Homme 50 ans, rien aux antécédents.

Symptomatologie. — Début brusque par douleurs aiguës à l'hypocondre droit avec irradiation ombilicale.

« Abdomen tendu dans sa partie supérieure et antérieure au-dessus de l'ombilic. »

Traitement. — Laparotomie le cinquième jour. On ne peut trouver ni le cæcum, ni le côlon ascendant. Le côlon descendant et l'anse sigmoïde sont vides.

On sent que le côlon ascendant est étranglé à travers un anneau constricteur que par exclusion on juge être l'hiatus de Winslow. Traction de l'anse vers le bas ; réduction accompagnée de gargouillement intestinal.

Suites. — Trois heures après décharges alvines abondantes. Guérison.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(Groves (H.-J.-F.) and Marten (R.-H.), *A case of hernia into the foramen of Winslow ; cœliotomy reduction ; double enterotomy ; recovery. Indian medical Record. Calcutta*, 1901, XX, p. 333.)

Étiologie. — Femme, 47 ans.

Symptomatologie. — Vomissements, constipation, ballonnement du ventre, borborygmes.

Traitement. — D'abord médical : lavements à l'eau savon-

neuse, calomel, belladone, puis laparotomie le cinquième jour.

Anse sigmoïde et côlon descendant vides. Distension énorme du grêle, du cæcum et du côlon ascendant.

Le côlon transverse, dilaté dans sa moitié droite passait sous le foie et en arrière de la paroi antérieure de l'hiatus de Winslow dans laquelle on put sentir les battements de l'artère hépatique.

Entérotomie de décharge sur le grêle (quantité de gaz et de fèces). Ensuite réduction facile de cet organe.

Fixation du cæcum à l'angle inférieur de la plaie. Incision. Introduction d'une sonde en caoutchouc n° 12.

Suites. — Bonnes, persistance d'une fistule stercorale qui servit de « soupape de sûreté » au cours d'une nouvelle crise d'obstruction qui survint ultérieurement.

OBSERVATION XVII (Résumée)

(Delkeskamp, *Beiträge zur Klinische Chirurgie*, 1905.)

Étiologie. — Femme, 22 ans.

Antécédents. — Bien portante.

Symptomatologie. — Après un accouchement, douleurs violentes au niveau de l'épigastre. Arrêt des matières et des gaz. Vomissements.

Entre le septième jour à l'hôpital. Mauvais aspect, yeux excavés. Température 37°3. Pouls filiforme à 172, ventre ballonné. Au niveau de l'estomac, voussure semi-lunaire qui va s'amincissant vers les côtes et qui se contracte fortement sous la paroi.

Traitement. — Le septième jour laparotomie médiane

sus-ombilicale. « Le cæcum, reconnu facilement par la présence de l'appendice et le côlon ascendant très distendus apparaissent recouverts d'un mince feuillet péritonéal qui n'est autre que la lame antérieure ou gastrique du grand épiploon. Ce feuillet effondré on refoule dans l'anse sigmoïde le contenu de l'anse distendue que l'on peut ensuite attirer en avant hors de l'orifice. Avec cette anse libérée on sort une anse grêle de 8 centimètres.

Sutures à trois étages.

Suites. — Bonnes, la malade sort guérie cinq semaines après l'opération.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

(Jeanbrau (E.), *Un cas probable d'occlusion par l'hiatus de Winslow. Rev. de chir.*, 1906, p. 619.)

Etiologie. — Garçon, 16 ans.

Symptomatologie. — Début brusque : douleur épigastrique, arrêt des matières et des gaz. Vomissements alimentaires et bilieux.

Le troisième jour, voussure soulevant les régions épigastriques et sus-ombilicales, affaissement des flancs et des fosses iliaques. Toucher rectal : négatif.

Diagnostic clinique. — Occlusion intestinale d'origine ?

Traitement. — Laparotomie le troisième jour. Chloroforme ; impossibilité d'attirer au dehors une anse distendue pour faire une entérotomie de décharge. On ne reconnaît pas la nature de l'étranglement qui ne peut être supprimé. Entérostomie sur une anse dilatée, un peu au-dessus de l'om-

bilic. Il s'écoule un liquide verdâtre. La tuméfaction épigastrique diminue.

Suites bonnes, l'anus fonctionne bien.

Mort le troisième jour avec des phénomènes méningitiques.

OBSERVATION XIX

(Rawitsch-Schtscherbo, *Jahresb. f. chir. III, Theil*, p. 627, 1900
in thèse Delitch-Radovan, 1919.)

« L'article original impossible à avoir, mais dans ce cas il s'agissait d'un diverticule de l'intestin grêle qui avait pénétré à travers l'hiatus de Winslow. L'opération n'a pas été pratiquée ; le malade est mort et ces résultats furent constatés à l'autopsie. »

OBSERVATION XX (Résumée).

(Mariott (Treviso), *Occlusion intestinale par incarceration de l'intestin dans l'hiatus de Winslow. Intervention, guérison. La Riforma medica*, 1908, p. 963 à 965.)

Etiologie. — Homme de 44 ans.

Symptomatologie. — Occlusion s'étant établie lentement. Douleur et tuméfaction épigastrique.

Traitement. — Laparotomie. Epiploon peu développé. Réduction après ponction de l'anse efférente.

Suites : guérison.

OBSERVATION XXI

(Adjaroff, cité par Hilgeureiner. *Prag. med. Woch.*, 1903, p. 571.)

« L'observation originale impossible à avoir, mais dans ce cas la hernie à travers l'hiatus de Winslow était constituée par l'intestin grêle. Le malade fut opéré, mais mourut peu après. »

OBSERVATION XXII

(J. Frandsen, *Hospitalstittende*, n° 6, 7 février 1906,

cité par Jeanbrau et Riche, in *Revue de Chir.* 1906, p. 831.)

« Il s'agit d'une femme de 55 ans, laparotomisée au troisième jour d'une occlusion.

En tirant sur l'intestin étranglé on rétablit le cours des matières dans le bout inférieur affaissé. L'hiatus de Winslow était largement ouvert. »

« Il semble qu'il n'y ait aucun doute ; l'intestin était pincé dans l'hiatus. » Guérison.

OBSERVATION XXIII (Résumée)

Morton (Charles-A.), *A clinical lecture on a case of hernia strangulated in the foramen of Winslow*. *Brit. med. Journ.*, pp. 641-644, 1909.)

Étiologie. — Homme.

Symptomatologie. — Après la défécation brusque douleur dans la partie centrale et inférieure de l'abdomen. Vomissements. Peu de matières, pas de gaz.

Diagnostic clinique. — Occlusion mécanique.

Traitement. — Les lavements et les purgatifs étant restés sans effet la coeliotomie est décidée.

On tombe sur un iléon vide. Les autres anses grêles sont dilatées. L'intestin vide passait « à travers une ouverture qui correspondait à l'hiatus de Winslow ».

L'intestin dilaté est saisi entre des champs et rattaché à un petit tube de Paul. Avec ce tube on évacue le contenu intestinal.

Puis on fixe la portion intestinale sur laquelle on avait adapté un tube de Paul au péritoine pariétal.

Suites. — Le tube de Paul semble bien fonctionner mais le malade succomba brusquement sept jours après l'opération.

Autopsie. — « Je notai qu'il était très facile à l'intestin de gagner l'hiatus ; probablement c'était dû à la longueur anormale du mésentère. »

OBSERVATION XXIV (Résumée)

(Carwardine, *Note on a case of hernia through the foramen of Winslow* *The Lancet*, 24 octobre 1908, p. 215.)

Étiologie. — Homme 45 ans.

Symptomatologie. — Subitement pris de violentes douleurs abdominales. Vomissements noirs. Abdomen distendu. Constipation absolue. On décide l'opération.

Opération. — Intestin noir et terne découvert en tirant sur l'épiploon gastro-hépatique. Réduction d'une partie de l'intestin.

Mort trois heures après.

Autopsie. — Environ 2 pieds 1/2 de l'extrémité inférieure de l'iléon dans le cul-de-sac inférieur.

OBSERVATION XXV (Résumée)

(W. Haw, *A case of hernia through the foramen of Winslow.*
Lancet, June, 5 th. 1909, p. 1598, t. .I)

Etiologie. — Nègre âgé de cinq ans, brusquement pris d'une douleur abdominale, amené à l'hôpital où il mourait une demi-heure après.

Autopsie. — Le cæcum, l'appendice et une partie de l'iléon derrière l'estomac avaient passé à travers l'hiatus de Winslow.

Il fallut sectionner le ligament gastro-hépatique pour libérer l'intestin.

Cinquante-trois vers furent enlevés du cæcum.

« Les points intéressants de ce cas sont : 1° l'âge du malade ; 2° le collapsus précoce ; 3° cet état a été produit apparemment directement par les vers. »

OBSERVATION XXVI (Résumée)

(E. Schwalbe, *Intra-abdominale Hernie der Bursa omentalis bei geschlossenem Foramen Winslowi*, p. 561. *Virchow's Archiv.*, Bd. 177, H. 3, 1904.)

Autopsie d'une femme arrivée avec le bulletin de décès suivant : « Néphrite parenchymateuse, insuffisance et rétrécissement mitral et aortique. »

L'intestin grêle pénètre à travers une ouverture de 5 centimètres dans l'arrière-cavité des épiploons. L'ouverture passe par le méso-côlon transverse.

L'anse herniée correspondait au segment inférieur de l'iléon à 8 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

OBSERVATION XXVII (Résumée)

(Haymann, *Beitr. zur. Casuistik der hernia foraminis Winslowii*.
Thèse Munich, 1892.)

Étiologie. — Homme, vingt ans, bacillaire.

Symptomatologie. — Début par point de côté, vomissements d'abord muqueux, puis noirâtres.

Diagnostic clinique. — Occlusion intestinale dans les environs de l'estomac.

Traitement. — Laparotomie médiane supra et sous-ombilicale. Hernie du grêle à travers l'hiatus de Winslow réduite facilement. Désinfection. Sutures.

Suites. — Mort un quart d'heure après l'opération.

Autopsie. — Estomac dilaté. Côlon transverse abaissé. Pleurésie purulente à droite.

« En résumé : hernie interne de l'arrière-cavité des épiploons produite et libérée quelques instants avant la mort. »

OBSERVATION XXVIII

(Thomas Sinclair, *Strangulated hernia through the foramen of Winslow. Brit. med. Journ.*, 1909, 13 march, p. 645.)

Étiologie. — Homme, cinquante-huit ans. Pas d'antécédents du côté du tube digestif.

Symptomatologie. — « A la suite d'une quinte de toux, violente douleur dans la partie supérieure de l'abdomen avec irradiation dans la région interscapulaire ».

Arrêt des matières et des gaz. Vomissements le troisième jour.

Traitement. — Coeliotomie le troisième jour. Intestin étranglé par les bords de l'hiatus de Winslow. Dilatation de l'hiatus avec la phalange du petit doigt. Réduction facile de deux pieds et demi du jéjunum qui avaient pénétré dans l'arrière-cavité des épiploons.

L'intestin un peu sphacélé est fixé à la paroi.

Suites. — Guérison trois semaines après.

OBSERVATION XXIX (Résumée)

(De Martel et R. Delitch, *in* thèse Delitch, 1919, Paris.)

Etiologie. — Femme.

Symptomatologie. — Début insidieux. Tousse et maigrit.

Un examen radioscopique du thorax et du tube digestif donne le résultat suivant : « Très légère densification des deux sommets des poumons ; légère accentuation des ombres hilaires. Estomac et intestin exempts de lésions organiques décelables au radiodiagnostic. Aérocolie témoignant d'aérophagie intermittente. »

Le lendemain, 16 décembre 1918, douleurs violentes qui en imposent pour une appendicite aiguë ou une crise de coliques hépatiques.

17 décembre. — Consultation du Dr Achard qui pense à aérophagie avec état nerveux. Evacuation alvine minime après lavement.

18 décembre. — Eructations gazeuses, sonde rectale.

19 décembre. — Pas de gaz.

20 décembre. — Dans le bain « la malade voit son ventre se distendre brusquement comme si elle était enceinte.

21 décembre. — Journée assez bonne.

22 décembre. — Le Dr de Martel note une voussure sus-ombilicale. Ni gaz ni matières.

On pense à une occlusion intestinale par les boules de bismuth et on prescrit de l'huile de vaseline à haute dose.

23 décembre. — Facies grippé. Pouls petit. Arrêt de gaz, et de matières mais pas de vomissements. On décide d'intervenir.

Opération. — Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Anses distendues ; l'estomac abaissé vers la fosse iliaque gauche et tordu sur lui-même en impose pour l'S iliaque. « Masse énorme faisant saillie au-dessus de la petite courbure et du côté de l'épiploon gastro-splénique ». De plus on sent une anse flasque se perdant dans un orifice placé derrière un pédicule que l'on reconnaît pour être le pédicule hépatique et dans lequel on peut percevoir les battements de l'artère hépatique. « A côté et sortant du même orifice une anse grêle très dilatée ».

Vaines tentatives de réduction par traction.

Entérotomies de décharge, on a grand mal à éviter au péritoine d'être souillé par le liquide. La réduction est ensuite possible.

La majeure partie du côlon transverse, tout le côlon ascendant, le cœcum et l'appendice, une partie de l'iléon étaient incarcérés dans l'arrière cavité des épiploons.

Fermeture rapide de la paroi (fils de bronze).

Suites. — Shock énorme, pouls incomptable. Adrénaline, rétropituine.

Gaz le quatrième jour, mais température élevée.

Le huitième jour, la température baisse, pouls normal.

Guérison.

OBSERVATION XXX (I) (Inédite)

(D^r Jeanne de Rouen)

Mme L..., âgée de quarante-huit ans.

Antécédents. — Père mort d'affection cardiaque, mère morte de pneumonie.

Elle a eu 4 enfants dont 3 sont vivants, bien portants. Le quatrième est mort à l'âge de douze ans de néphrite chronique.

Le premier accouchement remonte à vingt-cinq ans et fut suivi d'infection puerpérale (de péritonite aux dires de la malade).

La malade souffre de migraines fréquentes ; elle est grande, maigre, d'aspect chétif : elle présente une scoliose à concavité supérieure droite.

La paroi abdominale est mince, flasque, sans tonicité, le ventre est tombant.

Il existe de chaque côté une hernie crurale de la dimension d'une petite noix. Dans ces trois dernières années la hernie gauche s'est étranglée trois fois ; chaque fois l'étranglement a pu être levé par un léger taxis.

Deux accès de coliques néphrétiques il y a trois ans ; la malade se plaint habituellement de troubles dyspeptiques.

18 juin 1920. — Elle est prise pendant la nuit d'une vive douleur abdominale ; cette douleur est diffuse à la pression et a son maximum à droite de la ligne médiane aux confins de l'épigastre et du flanc droit. Vomissements répétés d'aspect bilieux.

1. L'observation médicale est due à l'obligeance du D^r Vassaux, médecin traitant.

Ventre ballonné, pas de gaz.

Pouls à 88, bien frappé ; température normale. L'exploration des orifices exclut toute idée d'étranglement herniaire.

Dans la matinée du 19 un premier lavement est administré, sans succès. Un deuxième lavement est suivi d'une expulsion de matière et d'une émission de gaz.

Les douleurs se calment, le ballonnement disparaît ; peu à peu les fonctions intestinales redeviennent normales ; la malade peut le 21 reprendre son existence habituelle.

26 juillet. — La crise reprend avec un tableau symptomatique exactement pareil à celui constaté la nuit du 18 juillet : même douleur abdominale, même ballonnement du ventre, mêmes vomissements, suppression complète de l'évacuation des matières et des gaz. Plusieurs lavements sont administrés sans succès. Les signes d'occlusion intestinale s'affirment.

Le 27 juillet le Dr Jeanne (de Rouen) est appelé en consultation.

Examen général. — Malade maigre, musculature peu développée mais état général encore bon ; assez colorée, pas de dyspnée : douleur modérée, température 37°5. Pouls à 80 régulier.

En somme elle fait bonne impression malgré le diagnostic très évident d'occlusion intestinale.

Examen local.

Inspection. — Deux petites hernies crurales facilement réductibles et absolument indolentes. Ce n'est pas de ce côté qu'il faut chercher.

Ventre ballonné mais sans distension excessive, pointant en avant, les flancs étant moins distendus.

Les anses intestinales se dessinent sous la peau mais c'est

plus à cause de la minceur de la paroi que de leurs contractions.

Palpation, peu douloureuse, la malade se plaint surtout dans la région péri-ombilicale sans localisation absolument précise.

Percussion. — Tympanisme net de l'épigastre, de l'ombilic, de l'hypogastre, de la fosse iliaque et du flanc gauche. Le tympanisme est douteux dans la fosse iliaque droite et quand on percute en arrière la région lombaire pour explorer le côlon ascendant on ne le trouve pas.

Cette constatation faite à plusieurs reprises fait penser que le siège de l'obstacle est sur le grêle.

Toucher rectal et vaginal: négatif.

Quel diagnostic fallait-il porter ? Il était évident tout d'abord que bien que l'occlusion fût à marche rapide elle ne présentait pas toute la symptomatologie de l'occlusion aiguë. En effet l'état général n'était pas atteint et les douleurs étaient fort modérées. Cela permettait ainsi d'éliminer les coudures brusques sur une bride, les pincements serrés, les thromboses des artères et veines mésentériques et vraisemblablement aussi les hernies internes étranglées.

D'autre part, il me paraissait à peu près certain que l'obstacle n'était pas sur le gros intestin pour la raison que la fosse iliaque droite n'était pas très sonore.

Le toucher vaginal montrait qu'il ne s'agissait pas d'une occlusion par lésions des organes pelviens. L'évolution comme l'exploration de l'abdomen éliminaient la péritonite tuberculeuse.

28 juillet. — La malade est transportée à ma clinique et opérée le jour même.

A l'examen. — Même état; pouls bien frappé, absence de vomissements. Le ballonnement n'a pas augmenté. Cet état stationnaire joint à l'incertitude du diagnostic me conduit à faire une laparotomie sous-ombilicale avec anesthésie générale. En effet, l'entérostomie dans la fosse iliaque droite me paraissait contrindiquée parce que comme je l'ai déjà dit je n'y trouvais pas de tympanisme net.

Opération. — A l'ouverture du ventre, dans la partie basse de l'incision quelques anses grêles modérément dilatées et pâles. Dans le haut se montre le côlon transverse reconnaissable à l'épiploon et au-dessus, contiguë à son bord supérieur, une anse noirâtre extrêmement distendue.

On agrandit un peu l'incision par en haut. Cette anse est encore du gros intestin comme le montrent ses bandes longitudinales et presque aussitôt on reconnaît que c'est le cæcum par la présence de l'appendice. C'est bien le cæcum qui à ma grande surprise est à gauche de la ligne médiane et très haut situé. Je pense de suite à une anomalie congénitale de sa situation.

L'estomac est invisible. C'est en écartant en haut le cæcum, en bas le côlon qu'on met à nu la face antérieure de cet organe qui était masquée par le cæcum distendu.

Le cæcum est attiré, il vient facilement; à sa suite vient du côlon moins distendu et ensuite le gros intestin redevient normal et plat au delà d'un léger sillon qui s'efface vite.

J'étais fort intrigué par cette situation fort paradoxale du cæcum et parce que je ne trouvais pas l'obstacle que j'avais certainement dépassé et peut-être levé sans m'en apercevoir.

Revenant au fond du cæcum je voulus vérifier l'état du grêle en remontant le cours de l'iléon et j'eus une nouvelle surprise: j'attirai facilement, progressivement de derrière

l'estomac environ 2 mètres de grêle, modérément dilaté et en bon état

C'est en faisant cette manœuvre que je vis bien que je tirais cet intestin au-dessus de la petite courbure, de bas en haut et de derrière la face postérieure de l'estomac et je compris alors qu'il s'agissait d'une volumineuse hernie dans l'arrière cavité des épiploons. Mais je n'eus pas la pensée tout de suite que l'intestin s'y était engagé par l'hiatus de Winslow.

Je crus qu'il y avait pénétré par un foramen anormal du petit épiploon après avoir passé par-dessus la petite courbure et descendu ensuite derrière le viscère stomacal.

Aussi laissant momentanément le grêle que je venais d'extraire, je repris ma traction sur le cæcum pour le ramener en bas et à droite à sa place normale. Il vint d'abord sans difficulté. Du gros intestin suivit mais bientôt ma traction fut arrêtée. La gros intestin ne venait plus.

Introduisant mon index droit derrière le pylore pour voir la cause de cet arrêt, je vis que le gros intestin était engagé dans l'hiatus de Winslow, derrière le pédicule hépatique, le contournait et venait se continuer avec la moitié droite du côlon transverse resté à sa place dans la grande cavité péritonéale. Portant mon index gauche de dehors en dedans à la rencontre du droit je pus soulever sur ces deux doigts le pédicule hépatique et sentir les battements de l'artère hépatique.

C'était sur cette bride que se coudait le gros intestin par les tractions que je faisais sur le cæcum parce que l'angle droit du côlon retenu par ses attaches normales n'obéissait pas.

Cette fois je tenais mon diagnostic complet. C'était une hernie typique dans l'arrière-cavité des épiploons à travers

l'hiatus de Winslow et le mécanisme apparaissait clairement.

Une anse grêle s'y était insinuée, d'autres avaient suivi au point qu'il y en avait au moins 4 mètres, puis le cæcum et le côlon droit.

La compression exercée sur ces derniers avait distendu énormément le cæcum qui ne pouvait plus se loger, avait distendu et effondré le petit épiploon dont je ne vis pas le moindre vestige et passant par-dessus la petite courbure, s'était étalé au-devant de l'estomac qu'il recouvrait entièrement.

Cette migration n'avait pu se faire sans doute qu'en raison de la grande laxité ou plutôt de l'absence des liens cæcaux. Elle avait abouti à cet aspect anatomique si exceptionnel que le cæcum était devenu un organe de la moitié gauche sus-ombilicale du ventre.

Toutes ces manœuvres, cette exploration n'avaient demandé vingt bonnes minutes et avaient nécessité une ouverture abdominale d'environ 18 centimètres.

Quand j'eus acquis la certitude que la hernie ne s'était pas faite au-dessus de la petite courbure d'avant en arrière mais au contraire d'arrière en avant je vis tout de suite qu'il ne pouvait être question de faire la réduction en lui faisant suivre un chemin inverse.

Toute tentative de ce genre était non seulement impossible mais dangereuse. Le seul parti à prendre était de faire un anus sur le cæcum, ce que je fis en fixant et en abouchant cet organe à la partie inférieure de la plaie, après avoir suturé le reste de l'incision.

Une grande quantité de gaz et un peu de liquide s'échappèrent. Malheureusement l'intervention quoique méthodique avait demandé trois quarts d'heure et avait nécessité des manœuvres intra-abdominales prolongées.

Le poulx faiblit et la malade mourut la nuit suivante.

L'autopsie ne put être pratiquée mais les constatations opératoires étaient des plus nettes.

CONCLUSIONS. — En somme il faut noter dans cette observation exceptionnelle les points suivants :

1° Le diagnostic clinique n'a pas été fait encore qu'on ait soupçonné une compression peu serrée de l'intestin et qu'on ait pu éliminer les occlusions suraiguës. L'évolution a été rapide, fait digne d'être noté si on l'oppose à la conservation relative de l'état général ;

2° Il était impossible de préciser le siège en raison de la grande mobilité du cæcum ; la fosse iliaque droite n'était pas très sonore, on ne pouvait soupçonner une distension du cæcum et il était naturel d'admettre un étranglement du grêle.

C'est cette disposition qui empêcha de pratiquer l'anus d'emblée en faisant opter pour une laparotomie exploratrice et il faut dire que si on avait néanmoins voulu établir une cæcostomie sous-anesthésie locale, on n'aurait pas pu le faire le *cæcum étant passé à gauche de la ligne médiane*.

On aurait été amené à faire l'anus sur une des premières anses grêles, sur le jéjunum, donc en un point incompatible avec l'alimentation et la survie prolongée, et d'ailleurs les quelques anses restées dans la grande cavité n'étaient que peu dilatées.

3° Le diagnostic des hernies de l'arrière-cavité des épiploons n'a pu être établi dès l'abord parce que il

n'y avait pas trace de petit épiploon sur le cæcum et que cet organe était au-devant de l'estomac qu'il séparait de la paroi abdominale.

Cet aspect exceptionnel ne permettait pas de penser qu'il s'était glissé d'abord en arrière de l'estomac.

Dans une seconde étape le diagnostic de hernie rétro-stomacale fut fait mais on suppose qu'elle s'était produite d'avant en arrière à travers le petit épiploon.

C'est à cause de cette hypothèse que furent exécutées les manœuvres de réduction de la hernie en tirant directement sur le cæcum et le paquet d'iléon herniés, et ce fut l'insuccès de cette tentative qui montra finalement le chemin réel qu'avait suivi l'intestin dans sa migration anormale.

Cette constatation fit renoncer à toute manœuvre de réduction et poser l'indication de l'entérostomie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. *Le sac.* — L'arrière cavité des épiploons étant une cavité préexistante qui communique avec la grande cavité pour un orifice, l'hiatus de Winslow, joue donc le rôle du sac herniaire dans les autres variétés de hernies.

Comme le font remarquer Jeanbrau et Riche « l'intestin qui a pénétré dans l'arrière-cavité se met simplement en rapport avec les organes qui le limitent » sans qu'aucune portion de péritoine ne forme sac herniaire par suite de la progression de l'intestin hernié.

Il n'existe donc pas de *sac*.

II. *Organes herniés.* — C'est le plus souvent le grêle, quelquefois le gros intestin, exceptionnellement le grand épiploon (Majoli, Stecchi).

Le cæcum est rarement hernié, car il faut pour cela qu'il se soit produit un arrêt dans l'évolution du péritoine. En effet, à *priori* sa migration à une pareille distance de la fosse iliaque semble bien difficile. Et cependant nous en avons relevé trois cas indiscutables.

L'un a été cité par Jonnesco. Il s'agissait d'un

enfant d'un an chez lequel » le cæcum et tout le côlon étaient libres de toute attache à la paroi abdominale postérieure; le cæcum *très long* descendait dans le petit bassin.

Les deux autres cas appartiennent à Treves et à nous-même et justement la dilatation de l'organe chez notre malade était des plus remarquable.

Nous verrons plus loin que cette migration insolite du début du gros intestin est conditionnée par une anomalie des ligaments coliques.

Il nous a été bien difficile dans notre cas de vérifier la disposition de ces ligaments, mais il est hors de doute qu'il ne pouvait y avoir de mésocæcum.

III. *Causes d'étranglement.* — Ce sont toujours les bords de l'hiatus qui amènent l'étranglement. L'hiatus par sa constitution anatomique est peu extensible et si Thomas Sinelair a pu réussir à le dilater au cours de l'intervention il ne faut pas oublier qu'à l'autopsie, Majoli dut, pour retirer l'intestin de l'arrière-cavité « sectionner transversalement le petit épiploon.

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME

ÉTIOLOGIE. — L'étiologie est incertaine,

En ce qui concerne le *sexe*, sur 24 de nos observations dans lesquelles cette notion a été précisée nous trouvons 17 hommes et 7 femmes. Quant à l'*âge* on voit que cette variété d'occlusion peut se trouver à tout âge puisque celui-ci varie depuis 5 ans (W. Haw) jusqu'à 77 ans (Rehn).

La *profession* peut jouer un rôle lorsqu'elle nécessite de violents efforts, en effet dans plusieurs cas (Majoli, Novello, Reynier) les accidents sont apparus après un exercice, ou un travail réclamant de vigoureux efforts.

Selon nous la ptose peut être une condition prédisposante par un mécanisme que nous allons étudier.

MÉCANISME. — Jonnesco a bien montré comment la situation haute de l'hiatus de Winslow, l'existence de la barrière colique, rendraient rares les hernies à travers cet orifice.

Par conséquent ce foramen, très étroit, (puisque sur une vingtaine de cadavres observés par nous son diamètre permettait l'admission de l'index) n'est pas

un point faible par où à la suite d'un effort violent l'intestin pourra s'engager.

D'ailleurs dans notre cas le malade était porteur de deux petites hernies crurales. Dans ces conditions on s'explique difficilement que l'intestin se soit plutôt hernié à travers l'hiatus de Winslow qu'à travers les deux anneaux cruraux.

Il est probable que cette hernie ne se produit guère que lorsqu'il existe des anomalies congénitales de l'intestin telles que l'arrêt de développement du péritoine colique, la laxité des mésos et même leur absence, c'est-à-dire des malformations donnant à l'intestin une mobilité anormale.

La laparatomie que nous avons pratiquée nous a montré en effet un cæcum absolument dépourvu de méso, libre comme un bâton de cloche, ce qui explique qu'il ait pu s'engager dans l'intestin et apparaître ensuite bien à gauche de la ligne médiane.

Dans certains cas il est possible également que la ptose généralisée puisse jouer un certain rôle.

De même en dehors de toute anomalie, la mobilité relative de la portion gauche du côlon transverse, en raison de la longueur du méso-côlon transverse peut expliquer l'engagement de cet intestin dans la bourse épiploïque.

En tous cas quelles que soient les causes prédisposantes, il semble que l'effort soit le plus souvent la cause occasionnelle.

Le malade de Novello, celui de Reynier virent leurs accidents survenir à la suite d'un effort violent.

Le malade de Delkeskamp éprouva les premiers symptômes d'occlusion immédiatement après l'accouchement.

Ceci nous amène à supposer également que la constipation, la coprostase pour la même raison peuvent déclancher l'étranglement herniaire.

Toutes ces hypothèses, en ce qui concerne le mécanisme de production des hernies à travers l'hiatus de Winslow, concordent avec les théories de Treitz qui attribuait aux causes suivantes les hernies internes en général : *Relâchement anormal du péritoine, augmentation de la pression abdominale, distension exagérée de l'intestin, secousses continuelles du corps, chocs et pressions sur l'abdomen.*

ETUDE CLINIQUE

On retrouve dans l'occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow les signes généralement observés dans toute occlusion : la *douleur*, le *ballonnement du ventre*, l'*arrêt des matières et des gaz* et les *vomissements*.

Mais le caractère des symptômes varie forcément suivant le siège de l'obstacle et la nature de l'organe hernié, et ce sont surtout les signes propres à la hernie à travers l'hiatus de Winslow que nous essaierons d'individualiser en nous basant sur l'étude clinique faite dans les 29 observations que nous avons groupées dans notre travail.

SYMPTOMES FONCTIONNELS. — Le plus souvent c'est une douleur brusque, déchirante qui marque le début des accidents. Cette douleur siège, avec une remarquable régularité dans la région péri-ombilicale ou quelquefois dans la région de l'hypocondre droit, c'est-à-dire sensiblement dans le district cutané répondant à l'hiatus de Winslow.

En général dans les jours qui suivent la douleur perd son acuité primitive. Chez notre malade, quarante-huit heures après le début des accidents elle

était peu intense et permettait l'exploration de l'abdomen.

L'intensité de la douleur varie ensuite au cours de la maladie. Des rémissions peuvent se produire, l'intestin parésié n'étant plus le siège d'un péristaltisme douloureux.

L'arrêt des matières et des gaz vient ensuite et reste rebelle à tous les traitements médicaux, purgatifs huileux, lavements savonneux, lavements électriques.

L'occlusion absolue est généralement un symptôme de la première heure. Toutefois les malades de Majoli et de Neve n'ont présenté une occlusion complète que tardivement.

Quant aux vomissements, ils accompagnent toujours l'occlusion dès que celle-ci s'est constituée et s'ils peuvent être seulement liquides ou alimentaires dès l'abord, ils deviennent rapidement fécaloïdes.

SYMPTOMES PHYSIQUES. — A l'inspection un signe capital se révèle d'emblée c'est la *tuméfaction épigastrique* ou *péri-ombilicale*.

Ce signe a une valeur diagnostique énorme car on le retrouve dans plusieurs observations et dans notre cas le Dr Jeanne fut frappé de la forme du ventre pointant en avant, les flancs moins distendus que le reste de l'abdomen.

Cette voussure épigastrique ou para-ombilicale est d'autant plus marquée que le malade est maigre. Si on l'examine, surtout après avoir excité la paroi par des chiquenaudes, on voit qu'elle se contracte.

Ajoutons en passant que pour Jeanbrau et Riche « le siège de cette tuméfaction épigastrique ou péri-ombilicale lorsqu'elle a été notée, est absolument indépendante du siège de l'occlusion sur l'intestin ».

La palpation est le plus souvent peu douloureuse et ne décèle rien d'important.

La percussion révèle généralement un tympanisme de l'abdomen sauf dans la région épigastrique ou ombilicale ou souvent une matité notable ou tout au moins une submatité vient coïncider avec la voussure.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX. — Rien de particulier à dire à ce sujet, les symptômes généraux étant communs à ceux de toutes les occlusions et cette étiologie si rare ne leur confère rien de particulier.

Il faut remarquer cependant que l'étranglement ne revêt pas en général une forme aiguë. Il n'est pas serré comme par le collet d'une véritable hernie. Et en effet l'hiatus est assez large, il est un peu extensible, l'intestin s'y trouve comprimé sans être immédiatement coincé. Il peut y glisser.

Cette évolution subaiguë est à retenir, l'occlusion par l'hiatus de Winslow ne prend d'emblée la forme dramatique de l'étranglement interne.

C'est ainsi que le syndrome d'une occlusion évidente met huit jours à se constituer chez la malade de de Martel.

Il en était ainsi chez les sujets de Marriott, Delkeskamp, Mori.

DIAGNOSTIC

Il est certain que le diagnostic clinique ne sera jamais fait avec certitude. A vrai dire on pourra peut-être le soupçonner de par le siège de la douleur en rapport avec une tuméfaction épigastrique ou péri-ombilicale.

Ce qui est plus important, c'est le *diagnostic de la cause de l'étranglement* au cours de la laparotomie parce que tout le monde sait la gravité de la lenteur et de l'incertitude des manœuvres au cours de cette intervention.

Pour agir vite il faut pouvoir aller de suite à l'obstacle.

Sans doute l'état est variable suivant que c'est le grêle ou le gros intestin qui s'est engagé dans l'hiatus de Winslow. Mais quoiqu'il en soit, l'arrière cavité étant remplie, la disposition de l'estomac va se trouver modifiée.

Si comme dans le cas de de Martel, l'intestin reste incarcéré dans l'arrière-cavité, une voussure vient faire saillie au-dessus de l'estomac et repousser ce viscère en bas.

Si l'intestin s'en dégage en effondrant l'épiploon

gastro-hépatique comme nous l'avons personnellement observé il s'étale au-devant de l'estomac, le masque et cette situation si particulière permet de faire tout de suite le diagnostic et conduit à se porter sans plus attendre vers l'hiatus.

Mais il faut reconnaître que le diagnostic à l'intervention est loin d'être toujours facile. Certains chirurgiens ne l'ont pas fait, d'autres ne l'ont fait qu'à l'autopsie.

Quelques-uns comme Trèves « par exclusion plutôt que par constatation directe » ont admis que l'anneau constricteur était l'hiatus de Winslow. Leur hypothèse a d'ailleurs été vérifiée à la nécropsie.

Et même le travail si complet de Jeanbrau et Riche a pour point de départ une observation douteuse. Les auteurs de leur propre aveu n'ont pu constater qu'« une agglomération d'anses grêles, fixées à la paroi postérieure de l'abdomen, au-dessous du foie ».

Reste le diagnostic différentiel qui ne pourra être fait qu'à l'intervention. La *hernie de Treitz* se développe et ne siège guère que dans la moitié gauche de l'abdomen.

La hernie duodénale droite étranglée siège comme son nom l'indique à droite et la bride de l'orifice du sac suit le trajet de l'artère mésentérique supérieure.

La hernie péricæcale étranglée siège dans la fosse iliaque ; le collet de sac siège au voisinage du détroit supérieur de l'hémi-pelvis droit.

La hernie intersigmoïde étranglée siège symétri-

quement par rapport à la précédente, c'est-à-dire au voisinage du détroit supérieur de l'hémi-pelvis gauche.

Mais au fond tous ces éléments de diagnostic ne sont-ils pas un peu théoriques ?

Il ressort seulement que le chirurgien doit connaître la possibilité de ces déplacements anormaux si rares de l'intestin, et y songer en présence d'une situation anormale. Fort de ces notions *à priori*, il ne tardera pas à s'orienter vers le diagnostic vrai, à le vérifier et à en tirer les conséquences thérapeutiques.

Foin donc de ces subtilités théoriques, il n'y a au fond qu'une façon de faire le diagnostic, c'est d'y penser : les constatations directes l'imposeront ensuite.

Pour nous, la situation si anormale du cæcum à gauche de la ligne médiane et masquant l'estomac a d'abord laissé notre diagnostic en suspens.

Et ce n'est qu'après un quart d'heure de recherches et de manipulations diverses, que nous avons pu le porter avec précision.

Il en sera souvent ainsi, pour ne pas dire toujours, parce que la rareté de ces cas est cause que le chirurgien n'y songe pas et que de plus la situation paradoxale du début du gros intestin, comme nous l'avons observé chez notre malade, est encore une cause d'erreur, ou au moins d'incertitude.

TRAITEMENT

Le diagnostic d'occlusion intestinale étant porté, le chirurgien se trouve obligé soit de pratiquer l'entérostomie soit la laparotomie.

Nous n'avons pas à discuter ici les motifs qui guident son choix et l'indication respective de ces deux opérations dans l'occlusion intestinale.

Si c'est l'entérostomie qui est adoptée il est évident que le diagnostic restera aussi obscur après qu'avant l'intervention, puisque celle-ci aura été dirigée non contre la cause de l'occlusion mais contre ses conséquences.

Disons simplement en passant que dans notre cas l'entérostomie eût peut-être été à un échec. En effet, le cæcum n'était pas à sa place habituelle dans la fosse iliaque droite et on eût été contraint de faire un anus sur des anses grêles très peu dilatées.

Nous envisagerons donc la conduite de la laparotomie.

On se gardera de vaines tentatives faites avec des lavements électriques, et l'emploi de purgatifs sera formellement proscrit. Il n'y a pas une minute à perdre, l'opération doit être conduite rapidement. Il

est inutile de rappeler la fragilité des occlusionnés et l'aggravation de leur état après l'anesthésie.

Jeaubrau et Riche préconisent de pratiquer une « *entérostomie de décharge* pour faciliter et abréger les manœuvres d'exploration ».

Il est certain que cette méthode a été favorable aux docteurs Marten et de Martel, car elle leur a permis l'exploration et la réduction de la hernie. Mais beaucoup de chirurgiens répugnent à l'entérostomie, car nous savons tous combien elle expose à l'infection du champ opératoire, en raison de ce temps septique, malgré toutes les précautions qu'on ne manquera pas de prendre.

Une intervention régulière et efficace suppose d'abord un diagnostic exact et d'autre part un intestin pas trop distendu avec un hiatus de Winslow suffisamment large.

Si ces deux conditions sont réalisées il est évident qu'on pourra essayer la réduction par simple traction suivant la manœuvre bien décrite de Jeanbrau et Riche.

« Un aide relevant le foie l'opérateur saisit l'anse engagée avec une compresse, exerce sur elle une traction douce et prolongée de gauche à droite. »

Il faut s'assurer ajoutent les auteurs que l'arrière cavité soit bien vidée et de l'intestin, et de l'épiploon. Nous savons en effet que Gangolphe crut avoir libéré l'intestin, mais à l'autopsie il trouva qu'il avait oublié dans l'arrière cavité 1 m. 50 d'iléon perforé et des matières fécales.

Quant à Stecchi qui avait dévidé une grande quantité de grêle et trouvé l'hiatus de Winslow dilaté et admettant la main entière son malade mourut le troisième jour après l'opération. A l'autopsie on put voir que l'épiploon fixé au bord inférieur de l'hiatus avait formé une bride et comprimé le côlon transverse.

La réduction sera avantageusement complétée par l'obturation de l'hiatus de Winslow pour éviter la récédive.

Voilà le cas facile, idéal. Ce n'est pas celui-là qui a été observé d'habitude.

L'état de l'intestin et l'état du malade peuvent acculer le chirurgien à une conduite différente.

Dans notre cas l'intestin était très distendu et il était impossible de faire repasser le cæcum à travers l'hiatus de Winslow.

Le cæcum distendu et « enflé » tel la belette de la fable de La Fontaine ne pouvait plus sortir par l'orifice par lequel il était entré.

Alors on avait le choix entre l'entérotomie de décharge et l'entérostomie. La première intervention pouvait évidemment permettre la réduction, mais nous avons déjà fait nos réserves sur cette manœuvre. La seconde pouvait parer aux phénomènes d'occlusion c'est à cette seconde méthode que l'on eut recours dans notre cas.

Si notre malade avait survécu nous aurions envisagé une seconde intervention pour rechercher la cause de l'occlusion et y remédier. Mais cette opéra-

tion consécutive eût été faite à loisir, l'intestin étant plat, et la malade en bon état.

Jeanbrau et Riche ont proposé en cas d'échec par la méthode de simple traction de débrider *en bas* l'orifice de Winslow, par la voie inter-porto-cholédocienne. Ce conseil est purement théorique car à notre connaissance cette méthode n'a jamais été employée *in vivo*.

La technique indiquée clairement par ces auteurs est bien réglée mais elle semble incompatible avec une opération rapidement menée, condition essentielle du succès.

Il nous semble que la dilatation digitale, faite lentement et prudemment en introduisant d'abord un doigt puis deux et même trois peut être efficace lorsque l'intestin hernié n'est pas trop distendu ou trop altéré.

Disons en passant que cette manœuvre donna un succès à Thomas Sinclair.

En résumé. — La conduite du chirurgien nous semble pouvoir être schématisée de la façon suivante :

Il doit, suivant l'état du malade se décider pour l'anus iliaque droit par le procédé classique.

Ou bien, s'il opte pour la laparotomie exploratrice deux cas se présentent : ou la réduction est facile et rapide ou l'intestin est trop distendu.

Alors le chirurgien peut tenter la réduction après une entérotomie de décharge.

Pour notre part nous préférons la création d'un

anus établi dans la partie basse de l'incision de la laparotomie.

Deux ou trois semaines après on pratiquera le deuxième temps de l'opération qui aura pour but :
1° de réduire la hernie ; 2° d'obturer plus ou moins parfaitement l'hiatus de Winslow, et alors elle se terminera en fermant l'orifice de l'anus établi auparavant.

CONCLUSIONS

I. La hernie de l'intestin à travers l'hiatus de Winslow n'est pas à proprement parler une hernie, puisqu'il n'y a pas de sac véritable. C'est dans une cavité péritonéale préformée que vient s'engager cet intestin.

Toutefois les accidents qui s'en suivent permettent de la considérer comme un étranglement herniaire à l'intérieur de l'abdomen.

II. C'est un accident des plus rares. Nous n'avons pu en réunir que 30 cas, dont les deux tiers ont un intérêt chirurgical, les autres n'étant guère que des curiosités anatomiques.

III. Le viscère le plus souvent hernié est l'intestin grêle, mais ce peut être aussi le côlon, voire même le cæcum quand une anomalie du péritoine tel que le défaut d'accollement du méso primitif permet les déplacements insolites.

IV. Les symptômes sont ceux de l'étranglement interne à début brusque et qui évolue ensuite de façon subaiguë.

Il s'y joint ensuite une tuméfaction épigastrique,

constatation précieuse pour le diagnostic, malheureusement un peu tardive.

V. En fait le diagnostic n'a jamais été porté qu'au cours de l'intervention et même alors la rareté de cet accident, l'étroitesse du champ opératoire, la nécessité de se hâter, augmentent les difficultés de ce diagnostic.

De plus dans certains cas comme le nôtre, la situation anormale du cæcum revenu dans la grande cavité abdominale à travers le petit épiploon effondré, égarent encore les investigations.

VI. Le pronostic est fatal si on n'intervient pas.

VII. La laparotomie s'impose sous anesthésie générale, régionale ou rachidienne haute si l'état général du malade le permet.

VIII. Le procédé idéal est évidemment la *désinvagination de l'intestin*. Malheureusement elle est loin d'être toujours possible, en raison de l'étroitesse du défilé herniaire et de la distension des viscères.

C'est pour remédier à cette difficulté que Thomas Sinclair a pu dilater une fois l'hiatus, que Jeanbrau et Riche en ont proposé le débridement. En pratique, il n'y faut guère songer.

D'autre part, dans trois cas la réduction a été incomplète. Les résultats ont été les suivants :
11 interventions, 4 guérisons, 7 morts.

Théoriquement on a proposé de faire suivre la réduction de la fermeture de l'hiatus de Winslow.

IX. — Dans 4 cas, on a fait précéder la réduction d'une entérotomie de décharge pour la rendre possible : 3 guérisons, 1 mort.

Malgré ce pourcentage de succès, la manœuvre reste dangereuse.

X. — Aussi il nous semble que lorsque la réduction ne se fait pas facilement on serait autorisé à y renoncer et à se contenter d'un anus artificiel sur une anse dilatée, pour pallier à l'occlusion. Deux ou trois semaines après, on pratiquerait une intervention secondaire pour faire la désinvagination devenue facile et bénigne à ce moment en raison du meilleur état local et général du patient, et on pourrait la compléter par la fermeture de l'hiatus de Winslow de façon à prévenir la récurrence.

Vu : le Président de la thèse,
GOSSET

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Adjaroff*. — Cité par Hilgenreiner (Prag. Med., 11 octobre 1903).
- Aneel et Sencert*. — Sur l'entonnoir pré-vestibulaire (C. R. Soc. de Biol., 1903).
- Carwardine*. — Note on a case of hernia through the foramen of Winslow.
- Delitch Radovan*. — Des hernies étranglées à travers l'hiatus de Winslow. Thèse de Paris, 1919.
- Delkeskamp*. — Zür Kasuistik der inneren hernien speciell der hernia foraminis Winslowi (Beiträge zur Klinische chirurgie, 1905, vol. XLVII, 3, p. 644).
- Faure (J.-L.)*. — Bul. Soc. chirurgie, 28 mars 1906, p. 384.
- RAPPORT SUR LE TRAVAIL SUIVANT
- Jeanbrau et Riche*. — Occlusion intestinale par l'hiatus de Winslow (Rev. de Chirurgie, 1906, p. 619 et 779).
- Gangolphe*. — Hernie étranglée à travers l'hiatus de Winslow (Lyon médical, 1890, p. 607 à 612).
- Haw (H.)*. — A case of hernia through the foramen of Winslow. Lancet, 5 th. june 1909, t. I, p. 1598.
- Heymann*. — Beitræg zur Casuistik der Kernia foraminis Winslowii. Thèse Munich, 1892.
- Hilgenreiner*. — Zur Casuistik der Hernia bursæ omentalis (Prag. Med. Woch., XXVIII, n° 41 à 43).
- Jonnesco*. — Hernies internes rétro-péritonéales. Paris, Steinheil, 1890.
- Kirmisson*. — Sur un cas d'occlusion intestinale (Journal des Praticiens, 1919, 26 avril, p. 260).

- Majoli.* — Storia di una occlusione lenta dell' intestino cagionata del passaggio e dallo strazzamento di un' ausa del crasso attraverso il forame del Winslow (Riv. clinic. di Bologna, 1884, 35, IV, 605, 622).
- Mori.* — Ernia pel foramen di Winslow (Gaz. méd. Lombarda. Milano, 1898, LVII, 267).
- Morton (Ch.).* — A clinical lecture on a case of hernia strangulated in the foramen of Winslow (Brit. Med. Journ., p. 641, 644, 15 march, 1909).
- Moynihan and Dobson.* — Retroperitoneal hernia, 2^e édit. London, 1906.
- Marriott (T.).* — Occlusion intestinale par incarceration de l'intestin dans l'hiatus de Winslow ; intervention ; guérison (La Réforma medica, 1908, p. 963 à 965, cité in Journal de chirurgie, avril, décembre, 1908).
- Neve (A.).* — Hernia into the foramen of Winslow (Lancet, London, 1892, I, 1175).
- Picado (I -S.).* — Un caso de hernia interna retropéritonéal por el hiatus de Winslow (Rev. de la Socied. med. argentina. Buenos-Ayres, 1893, II, 10-18).
- Rehn.* — Ueber Behandlung des acuten Darmverschluss, (Archiv. f. Klin. chir., 1892. Bd XLIII, p. 298, obs. V, p. 310).
- Rawitsch Schtscherbo.* — Ein foll von durchgangigkeit des Darmes bedingt durch Einklem eines Dünn- dann divertikels im Foramen Winslowii (Wöyennenno-medicinski shurnal, avril 1899).
- Rokitansk (Carl).* — Handbuch der speciellen pathologischen anatomie. Bd III, Wien., 1842, 218.
- Schwalbe (E.).* — Intraabdominale Hernie der Bursa omentalis bei geschlos Foramen Winslowii, p. 561 (Virchow's Archiv. Bd 177, II, 3, 1904).
- Square (J.-Eliott).* — A case of strangulated internal hernia into the foramen of Winslow (British, med. Journal. London, 1886, I, 1153).
- Stecchi (R.).* — Ernia retroperitoneale attraverso il foramen

del Winslow dissertazione (La clinica chirurgica. Milano, 1894, II, 653-684).

Sinclair (Thomas). — Strangulated hernia through the foramen of Winslow (Brit. med. Journal, 1909, 13 mars, p. 646).

Treitz. — Hernia retroperitonealis (Ein beitrage zur geschichte innerer Hernien, Prague, 1857).

Treves. — Clinical lecture on hernia into the foramen of Winslow (Lancet, London, 1888, II, 701-704).

Tuffier et Jeanne. — Le volvulus de l'estomac (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, janvier 1912).

Wolfffromm (G.). — L'arrière cavité des épiploons. Thèse Paris, 1919.

